

Développement physique - Morbidité et Mortalité
des nourrissons abandonnés
EN MEURTHE-ET-MOSELLE

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 14 novembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

RUYER (Pierre-Marie-Paul)

né à Plainfaing (Vosges) le 21 février 1902

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. FRUHHINSHOLZ, professeur.	<i>Président.</i>
		PERRIN, professeur	{ <i>Juges.</i>
		CAUSSADE, professeur	
		SIMONIN, professeur.	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses
parties de l'enseignement médical

NANCY

SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES

1927



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**Développement physique - Morbidité et Mortalité
des nourrissons abandonnés
EN MEURTHE-ET-MOSELLE**

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 14 novembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

RUYER (Pierre-Marie-Paul)

né à Plainfaing (Vosges) le 21 février 1902

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : { MM. FRUHINSHOLZ, professeur. *Président.*
PERRIN, professeur. }
CAUSSADE, professeur. . . . } *Juges.*
SIMONIN, professeur. . . . }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses
parties de l'enseignement médical

NANCY

SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES

1927

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, *, I. Assesseur: M. P. SIMON, *, I.

Doyen honoraire: M. F. GROSS, O *, I.

Professeurs honoraire: MM. NICOLAS, *, I; PRENANT, *, I;
F. GROSS, O *, I; HERRGOTT, O *, I; WEISS, O *, I;

BOUIN, O *, I; ANCEL, *, I; GARNIER, *, I.

Professeurs : MM.

Clinique médicale.....	P. SIMON, *, I.
Histoire naturelle médicale.....	P. VUILLEMIN, *, I.
Médecine légale.....	P. PARISOT, O *, I.
Anatomie pathologique.....	L. HOCHÉ, *, I.
Clinique médicale.....	G. ETIENNE, *, I.
Clinique chirurgicale.....	A. VAUTRIN, *, I.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	L. SPILLMANN, *, I.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	R. FRÉLICH, *, I.
Physiologie.....	M. LAMBERT, *, I.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	A. FRUHINSCHOLZ, *, I.
Histologie.....	R. COLLIN, *, I.
Anatomie descriptive.....	M. LUCIEN, *, I.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	P. JACQUES, *, I.
Clinique de chirurgie urinaire.....	P. ANDRÉ, *, I.
Clinique chirurgicale.....	G. MICHEL, *, I.
Pathologie interne et clinique médicale pro- pédeutique.....	L. RICHON, *, I.
Physique.....	DUFOUR, *, I.
Thérapeutique.....	M. PERRIN, *, I.
Hygiène.....	J. PARISOT, O *, I.
Chimie médicale.....	H. ROBERT, I.
Histoire naturelle.....	G. THIRY, *, I, prof. s. chaire.
Physiologie.....	P. MATHIEU, I, prof. s. chaire.



Chargés de cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	M. PERRIN, *, I.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	J. PARISOT, O *, I.
Pathologie externe.....	A. BINET, I, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1).....	A. BINET, I, agrégé libre.
Clinique des maladies des enfants.....	L. CAUSSADE, I, agrégé.
Clinique ophtalmologique.....	P. JEANDELIZE, A, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses.....	DE LAVERGNE, *, I, agrégé.
Cours d'hydrologie.....	M. PERRIN, *, I.
Médecine opératoire.....	M. BARTHÉLEMY, *, I, agrégé.
Electrothérapie et radiologie.....	LAMY, I, agrégé.
Accouchements (cours théorique).....	L. JOB, *, I, agrégé.
Neurologie (1).....	L. CORNIL, I, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	R. LALANNE, I.
Pharmacologie.....	SANNIÉ, agrégé.
Education physique.....	L. MERKLEN, docteur.

Agrégés en exercice

MM. L. JOB, *, I.	MM. LAMY, I.	MM. CORNIL, I.
P. JEANDELIZE, A.	MUTEL, *, I.	DE LAVERGNE, *, A.
L. CAUSSADE, *	WATRIN, *, I.	SANNIÉ.
M. BARTHÉLEMY, *	HAMANT, I.	SIMONIN, A.
I.		

Agrégés libres

G. GROSS, *, I; S. REMY, I; BUSQUET, I; BINET, I

M. A. PACAUD, I, Secrétaire

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les approuver.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Qu'ils trouvent ici un bien faible
témoignage de ma profonde
reconnaissance et de ma tendre
et très sincère affection.*

A MON FRÈRE

A TOUS CEUX
QUI M'ONT TÉMOIGNÉ DE L'AMITIÉ

A mon Maître et Président de Thèse :

M. le Professeur FRUHINSCHOLZ

Professeur de Clinique Obstétricale
Chevalier de la Légion d'Honneur

A mes Juges :

M. le Professeur PERRIN

Professeur de Thérapeutique et d'Hydrologie
Médecin de l'Hôpital Villemin
Chevalier de la Légion d'Honneur

M. le Professeur agrégé CAUSSADE

Chargé de la Clinique Médicale Infantile

M. le Professeur agrégé SIMONIN

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, nous nous faisons un agréable devoir de remercier nos maîtres de la Faculté de médecine de Nancy pour la science éclairée et les bons conseils qu'ils nous ont toujours prodigués.

Qu'il nous soit permis cependant de remercier plus spécialement :

M. le professeur FRUHHINSHOLZ. En acceptant la présidence de cette thèse, il nous fait un honneur dont nous sentons tout le prix. Il nous a initié à l'art délicat des accouchements ; ses leçons nous guideront toujours au cours de notre carrière médicale.

M. le professeur PERRIN. Par ses leçons si claires de thérapeutique et de pharmacologie et par ses V. E. M. il a complété nos connaissances médicales. Nous l'assurons de notre vive gratitude.

M. le professeur agrégé CAUSSADE nous a inspiré le sujet de cette thèse. C'est avec une extrême bienveillance et une grande bonté qu'il nous a toujours accueilli dans son service. Il ne nous a ménagé ni son temps si précieux, ni ses conseils pour mener à bien ce travail. Nous lui devons une partie de notre documentation. Qu'il soit assuré de notre entière reconnaissance.

M. le professeur agrégé SIMONIN. Nous le remercions sincèrement d'avoir bien voulu être notre juge.

M. le docteur REMY, ancien chef de clinique, médecin-adjoint du service des enfants assistés. Ses conseils éclairés furent pour nous d'un précieux concours. Il a mis son expérience et sa documentation à notre entière disposition au cours de l'exécution de ce travail; nous en avons largement profité. Nous lui en savons infiniment gré et nous ne l'oublierons pas.

Les quelques amis que nous avons eus nous ont toujours montré un attachement qui n'a jamais faibli. Avec eux nous avons vécu les meilleurs instants de notre jeunesse. Qu'ils soient assurés de notre affectueux et inoubliable souvenir.

INTRODUCTION

De tous les problèmes d'après guerre, l'un des plus angoissants, des plus aigus de ceux qui se posent devant la conscience française, est celui de la dépopulation. Depuis longtemps déjà la France manquait d'enfants et la guerre, qui a fauché chez nous un million et demi d'hommes, parmi lesquels beaucoup de pères de famille, vient encore de compliquer considérablement cette situation et de placer la France, par le chiffre d'accroissement de sa population, au second rang parmi les autres puissances.

Pour résoudre le problème de la dépopulation, on peut envisager deux solutions : relever le taux des naissances, c'est-à-dire combattre la dénatalité et, en deuxième lieu, abaisser de plus en plus le taux de la mortalité évitable. Peu d'enfants naissent chez nous et il en meurt hélas beaucoup trop. Pour 1926, le bureau des statistiques donne 74.698 décès d'enfants de moins d'un an, ce qui donne une proportion de 97 décès sur 1.000 enfants vivants.

« Sans doute, les premières semaines et les premiers mois de la vie, contre lesquels conspirent tant de causes de maladies et de mort, donneront toujours, quoi qu'on fasse, une proportion de décès supérieure à celle des autres périodes, celle de l'extrême vieillesse exceptée, mais n'est-il pas humiliant, pour notre temps et pour notre pays, qu'en dépit de l'hygiène

publique et privée, la mortalité des nouveau-nés soit assez élevée pour qu'on ait pu dire, chiffres en mains, qu'un enfant qui naît a moins de chances de vivre une semaine qu'un homme de 90 ans et moins de chances qu'un octogénaire de vivre un an ! » Ces paroles de BERGERAC sont plus que jamais d'actualité et nous avons un devoir impérieux : employer notre science, faire tout ce qu'il est humainement possible de faire pour conserver les enfants que nous avons.

On a déjà beaucoup fait et écrit en faveur des tout-petits. On a fondé des gouttes de lait, les consultations de nourrissons se multiplient, elles permettent aux médecins de suivre régulièrement le développement de ces enfants et de guider leurs mères. Des établissements modèles, dans le genre de celui de Porchefontaine, ont été créés dans tous les grands centres : Paris, Lyon, Bordeaux, Nantes, etc. Une véritable science a été organisée, celle de la puériculture. Chaque jour qui vient apporte une nouvelle initiative, une nouvelle réforme en faveur de la première enfance. Des lois sont votées, des bonnes volontés s'organisent. Dans certains grands centres on améliore le sort de la femme qui travaille en ouvrant des refuges et des maternités, car en protégeant la mère on protège l'enfant.

Mais, parmi les tout-petits, il en est une catégorie pitoyable pour laquelle il reste toujours beaucoup à faire, celle des enfants abandonnés. Autant que les autres, cependant, ils ont droit à la vie ; plus que les autres ils ont droit aux secours de la société et de l'Etat, qui doivent subvenir à tous leurs besoins pour leur conserver l'existence.

Depuis le cri d'alarme lancé à l'Académie de médecine par le docteur MÉRY, le sort des enfants assistés a ému le monde médical en entier et le public. Le public ne comprenait pas bien pourquoi la mortalité parmi les enfants assistés était si grande.

En Meurthe-et-Moselle, par exemple, pour l'année 1920, sur 151 enfants, 129, soit 85,4 %, étaient décédés avant six mois révolus. Il y avait de quoi émouvoir l'opinion publique, et nous nous rappelons avoir entendu de la bouche de personnes sensées des réflexions dans ce genre : « Pourquoi une mortalité aussi élevée ? Nous concevons fort bien qu'il y ait un déchet parmi tous ces enfants, mais tout de même il y a une bonne proportion de poupons sains parmi eux et ceux-ci, entourés de soins avisés, ne demandent qu'à vivre ! »

Dans les pages qui suivent, où nous allons étudier l'élevage des nourrissons abandonnés en Meurthe-et-Moselle, nous nous efforcerons de montrer que, parmi eux, il en est peu qui soient trouvés dans un état physique normal. Le milieu social, les conditions habituelles de leur conception et de leur gestation, les circonstances pénibles de leur mise au monde et de leur abandon font que l'on se trouve non pas en face de poupons sains, mais en présence de poupons tarés et malades pour la plupart. Il ne sera donc pas surprenant que beaucoup meurent ; nous montrerons sommairement ensuite ce qu'il faudrait faire pour diminuer ce déchet.

Notre plan sera le suivant : après avoir décrit ce que comprend le service des enfants assistés et la pouponnière départementale de Nancy, avec les soins qui y sont donnés, dans une première partie nous montrerons que, *a priori*, on peut prévoir ces faits ; dans une deuxième partie, nous verrons que l'observation les confirme, et enfin nous concluerons.

CHAPITRE PREMIER

I. - CE QUE COMPREND LE SERVICE DES NOURRISSONS ASSISTÉS EN MEURTHE-ET-MOSELLE

Conformément à la loi de 1904 sur le service des enfants assistés, les poupons reçus à l'hospice sont admis, suivant les cas, au titre d' « enfant en dépôt » ou bien de « pupilles de l'assistance ».

On place dans la catégorie « dépôt » l'enfant qui, laissé sans protection ni moyens d'existence, par suite de l'hospitalisation ou de la détention de ses père, mère ou ascendants, est recueilli temporairement dans le service des enfants assistés.

Les « pupilles de l'assistance », au contraire, sont ceux qui n'ont plus de parents susceptibles de les élever. L'assistance publique les garde à sa charge jusqu'à leur majorité. Leur origine est très variable.

1° L'enfant qui, né de père et mère inconnus, a été trouvé dans un lieu quelconque ou porté dans un établissement dépositaire (enfant trouvé).

2° L'enfant qui, né de père ou de mère connus, en est délaissé sans qu'on puisse recourir à eux ou à leurs descendants (enfant abandonné).

3° L'enfant qui, n'ayant ni père, ni mère, ni ascendants aux-

quels on puisse recourir, n'a aucuns moyens d'existence (orphelin pauvre).

4° L'enfant dont les parents ont été déclarés déchus de la puissance paternelle, en vertu du titre I^{er} de la loi du 24 juillet 1889 (enfant maltraité, enfant délaissé ou moralement abandonné).

Les enfants trouvés sont amenés par la police; les abandonnés sont amenés du bureau d'admission ouvert; les autres catégories sont adressées au service par les soins de l'inspecteur départemental de l'Assistance publique. Le bureau d'abandon, en Meurthe-et-Moselle, est situé à 400 mètres de l'hospice dépositaire. Ce local est d'un accès aisé, il est ouvert jour et nuit. L'admission a lieu sans témoins, sans formalité, sans production obligatoire du bulletin de naissance, sans enquête ultérieure, avec le secret professionnel imposé; suivant l'expression employée dans de nombreuses décisions du ministre de l'Intérieur, c'est le tour « vivant et parlant ». La personne qui présente l'enfant ne le dépose pas dans un instrument anonyme. Des mentions spéciales, écrites sur les murs de la pièce, indiquent à la mère ou à son représentant qu'elle est libre de ne donner aucun renseignement sur le nouveau-né, qu'elle peut ne faire aucune réponse aux questions qui, dans l'intérêt de l'enfant, lui seront posées.

II. - LA POUPONNIÈRE DÉPARTEMENTALE DE NANCY

Depuis le mois de mars 1924, la pouponnière des enfants assistés du département de Meurthe-et-Moselle, installée primitivement à la Maison Marin, rue de Strasbourg, dans des

pièces du rez-de-chaussée, basses, mal éclairées et mal distribuées, fut transférée à l'Hospice Saint-Stanislas, rue Saint-Dizier.

Cet hospice, affecté primitivement aux orphelins de Nancy, sert également à loger les enfants de l'assistance publique. Un abri maternel est installé provisoirement dans le même établissement; il admet les femmes sans ressources allaitant leurs enfants.

La pouponnière est installée au deuxième étage, dans trois grandes salles placées d'enfilade. Ces salles, bien aérées, bien éclairées par une double rangée de fenêtres se faisant vis-à-vis, sont en rapport, d'une part, à gauche, avec l'abri maternel; d'autre part, à droite, avec le dortoir des orphelins; elles reçoivent la lumière venant de l'est et de l'ouest.

La salle d'hospitalisation proprement dite est la plus grande, elle est longue de 11 mètres et large de 8 m. 75. Dans cette salle, les berceaux sont disposés sur deux lignes parallèles. Ils sont tous entourés de tarlatane et séparés l'un de l'autre de deux mètres environ; il ne peut ainsi y avoir de contamination de voisinage. Le nombre total de ces berceaux est d'une vingtaine. Quatre de ces berceaux, séparés l'un de l'autre par des barrières mobiles recouvertes de tarlatane, sont placés dans le fond de la salle et réalisent ainsi un isolement plus complet pour les poupons fiévreux ou suspects. Vu leur nombre et l'organisation du service, ces berceaux ne sont jamais occupés en totalité; ayant constamment de nombreux berceaux vides, l'encombrement, avec ses inconvénients, n'est pas à craindre.

Dans une deuxième salle, placée entre les deux autres, se trouve la salle de soins; on y trouve des baignoires avec arrivées d'eau chaude et d'eau froide, un pèse-bébés, une toise, une table étroite et longue passée au ripolin, sur laquelle les

bébés sont amenés pour être changés et examinés. On interpose entre l'enfant et la table un oreiller recouvert de toile cirée ; celle-ci est lavée avec une solution antiseptique après le change de chaque nourrisson. Les objets de toilette usuels : savon, alcool, talc, pommade aux essences, etc. se trouvent à portée des mains de l'infirmière. Dans une grande armoire se trouve le linge et toute une pharmacie de première urgence. Le plancher est recouvert d'un linoléum fréquemment lavé. Le linge sale est placé dans un panier spécial se fermant bien à l'aide d'un couvercle ; ce panier est vidé de son contenu plusieurs fois par jour.

La troisième pièce, celle par laquelle on accède dans le service, est coupée en deux par un couloir. D'un côté se trouve la biberonnerie, avec tout ce qui est nécessaire pour obtenir la stérilisation du matériel employé et pour fabriquer le lait albumineux et le babeurre. Une glacière permet de conserver plus longtemps ces produits en été. De l'autre côté, se trouve la salle d'isolement ; cette salle, nouvellement construite, sur les données de M. le professeur CAUSSADE, comprend quatre boxes profonds, ceux-ci sont séparés par de hautes cloisons vitrées. Ils permettent d'obtenir un isolement rigoureux.

Personnel. — Il comprend trois gardiennes, une laveuse et une veilleuse, placées sous la direction d'une surveillante diplômée de l'Ecole régionale d'infirmières. Cette surveillante, aimant les enfants, dévouée, possède toutes les notions utiles de puériculture. Un médecin passe la visite médicale tous les jours, à n'importe quelle heure de la journée. Un deuxième médecin vient deux fois par semaine. Ils passent ensemble ce jour-là une visite plus minutieuse des nourrissons.

Comment fonctionne la pouponnière

Quel que soit l'état du nourrisson à l'entrée, le but doit être de donner, dans un délai variable de deux ou trois mois et plus, suivant les cas, un enfant vivant à l'éleveuse et dans un état satisfaisant, sorti des premières difficultés de la vie et amélioré dans ses tares ; ce mode d'élevage préalable devra favoriser son adaptation au nouveau milieu dans lequel il va se trouver.

A son entrée à la pouponnière, l'enfant reçoit les soins usuels (bains, change complet), puis il est mis en observation ; il n'y est jamais admis directement. Après avoir été examiné par le médecin s'il paraît sain et normalement développé, on l'isole dans un des boxes de fortune de la salle d'hospitalisation. Au contraire, s'il est malade, débile ou suspect, on le met dans la salle d'isolement, où il reste un temps suffisant pour dépasser la durée d'incubation des maladies infantiles. Les enfants en dépôt sont particulièrement surveillés.

Cette précaution est capitale et évite la plupart des maladies contagieuses qui pourraient être apportées par des nourrissons en incubation.

La visite des personnes étrangères à l'établissement, parents des enfants en dépôt par exemple, constituant un danger pour les nourrissons, est particulièrement réglementée. En temps d'épidémie, on n'hésite pas à suspendre temporairement ces visites. Le personnel pouvant apporter à la pouponnière des maladies contagieuses, la directrice, dont le rôle de surveillance est très important, fait suspendre le service de tout membre de ce personnel à la moindre indisposition.

Dans la grande salle commune, les nourrissons n'entrent pas en contact direct, étant trop jeunes pour jouer. Les berceaux,

séparés par des espaces suffisants, sont entourés de tulle, de telle sorte qu'une infection ne puisse être transmise d'un nourrisson à l'autre que par les mains des infirmières, les mouches et la poussière. Le balayage à sec est proscrit, on a recours au balayage humide, ce qui évite de soulever les poussières pouvant renfermer des germes pathogènes. Quant aux mouches, on les chasse avec soin des salles où se trouvent les enfants.

Il est nécessaire d'expliquer au personnel les dangers de la contagion, le mode de transmission des infections, et on a beaucoup de peine à obtenir des berceuses qu'elles se soumettent aux mesures prophylactiques prescrites. La surveillante et le médecin veillent à ce que ces mesures soient bien observées.

Grâce à ces précautions, si une infection quelconque a franchi les barrières qui s'interposent entre les enfants et l'extérieur, on peut espérer limiter la contagion intérieure.

Les soins journaliers sont assurés par le personnel désigné; ce sont les soins courants: bains, change, etc. Lorsque des examens supplémentaires paraissent nécessaires, les poupons sont conduits par la directrice aux services compétents: radiologie, ophtalmologie, etc.

Cutiréactions à la tuberculine Bordet-Wassermann sont pratiquées toutes les fois qu'il y a lieu; la Commission des hospices mettant libéralement à la disposition du personnel le matériel et les produits nécessaires.

Enfin, il est devenu habituel au service, tant on s'en est bien trouvé, de soumettre presque systématiquement les suspects et les retardataires à un traitement antisyphilitique d'épreuve au moyen de frictions mercurielles.

La totalité des enfants de la pouponnière est élevée à l'allaitement artificiel ou mixte. Les biberons, les laits médicamenteux

teux, babeurre et lait albumineux sont préparés à l'établissement même avec un soin particulier.

Le lait condensé, malgré son prix de revient élevé, est l'aliment employé habituellement, pour l'élevage des nourrissons.

Le lait frais, lait industriel pasteurisé une ou deux fois, est rarement employé, sauf dans quelques cas d'intolérance du lait condensé par le nourrisson.

Tenant compte des conditions défectueuses d'arrivée des enfants, de leur débilité fréquente, de l'ignorance dans laquelle on se trouve de leur mode d'allaitement antérieur et de leurs antécédents, il est d'usage, au service, de commencer l'alimentation, surtout pour les enfants d'apparence délicate, avec le babeurre. Si, au bout de quarante-huit heures, l'enfant digère normalement, on passe rapidement au lait condensé.

Le lait de femme est le lait idéal dans la grande majorité des cas ; celui-ci est fourni par l'Abri maternel. Ce lait est indispensable ; donné préventivement, il supprime les accidents du sevrage. Les prématurés, en particulier, sont mis à l'allaitement mixte. Par crainte de la syphilis, les femmes productrices de lait tirent à la main leur lait dans un verre stérile ce lait est conservé dans une glacière et ensuite réparti dans des biberons.

Chaque fois qu'un enfant paraît avoir de l'inappétence ou que les matières sont modifiées dans leur aspect, leur couleur, leur odeur, le lait peut être supprimé et remplacé par la simple diète hydrique pendant douze ou vingt-quatre heures, ou par un bouillon de légumes, ou par des laits modifiés, lait albumineux ou babeurre.

Il serait bon d'essayer le lait cru animal chez les enfants qui supportent mal le lait condensé ou le lait bouilli. Des chèvres, une ânesse seraient le complément utile de cet établissement.

La durée de séjour est fixée en principe jusqu'à la fin du troisième mois. Si un enfant est admis passé cet âge, ce qui est rare, on le garde à la pouponnière le temps nécessaire pour observation médicale suffisante, puis on les place à la campagne.

III. - MOUVEMENT DES ENFANTS DANS LE SERVICE

En trois années de fonctionnement, du 14 mars 1924 au 14 mars 1927, la pouponnière départementale de Saint-Stanislas a reçu 278 enfants dans son service, si l'on compte les 22 enfants qui restaient à l'hospice dépositaire de la Maison Marin et qui ont été transférés à la pouponnière, cela fait un total de 320 nourrissons.

Dans les trois années, les enfants se répartissent ainsi :

Année	1924 (depuis le 15 mars) . .	61	nourrissons
—	1925 —	101	—
—	1926 —	124	—
—	1927 (jusqu'au 15 mars) . .	12	—

Si l'on compare ces chiffres aux chiffres des naissances dans le département, on a une proportion d'un abandonné en moyenne sur cent enfants.

La plupart de ces enfants proviennent du département, rares sont ceux provenant de départements étrangers.

Ils sont presque tous déposés au bureau ouvert. Quelques-uns, parmi ces 298 enfants, ont été abandonnés sur la voie publique et apportés directement à la pouponnière par la police, mais c'est une infime minorité. Enfin il y a une bonne proportion d'enfants en dépôt ; sur les 298 nourrissons, 241 sont des abandonnés et 57 des enfants en dépôt.

CHAPITRE II

CONDITIONS ORDINAIRES DE L'ABANDON EN MEURTHE-&-MOSELLE LEURS CONSÉQUENCES

PROVENANCE DE L'ENFANT

Ce sont : 1° des enfants de filles-mères, que la faute fait abandonner ; 2° des enfants légitimes que la maladie ou la misère fait abandonner ; 3° des enfants de prostituées. La classe qui fournit est donc le plus souvent la classe misérable : domestique, ouvriers, gagne-petit.

Si la femme, fille-mère le plus souvent est dans sa famille, elle n'avouera sa faute qu'au dernier moment ; avant, elle aura tout essayé pour se débarrasser de son fardeau. Combien de breuvages conseillés par des camarades d'atelier ou par des matrones n'aura-t-elle pas absorbés ? Souvent même on aura opéré sur elle des manœuvres criminelles. Pour dissimuler sa grossesse devenue apparente, elle se comprimera l'abdomen par une ceinture ou un corset et, jusqu'au dernier moment, pourra ainsi dissimuler son état.

Chez les domestiques, les mêmes manœuvres d'avortement sont le plus souvent pratiquées : manœuvres qui, forcément, influenceront le développement du fœtus.

Ouvrières et domestiques ces femmes doivent travailler jusqu'au terme de leur grossesse. Ce travail est parfois pénible. Voulant cacher leur faute le plus longtemps possible, elles continueront à l'atelier à faire la même besogne qu'auparavant. De crainte d'être renvoyée, une domestique continuera à faire de gros travaux et ses patrons souvent ne se douteront de l'état de leur employée que lorsque celle-ci aura les premières douleurs de l'enfantement.

Une autre catégorie d'abandonnées provient de femmes malades et débilitées ; celles-ci, mariées, mères de plusieurs enfants quelquefois, ne peuvent subvenir aux dépenses qu'occasionne ce nouvel arrivant, et c'est souvent le décès de la mère, morte de privations et de misère, qui amène le nouveau-né à l'assistance.

La déclassée, la prostituée abandonne souvent aussi son enfant à l'assistance.

S'étonnera-t-on que parmi « ces fils de la misère, de la scrofule et de la syphilis », ainsi que l'écrivait Francis JAMES, beaucoup naissent avant l'heure ou médiocrement constitués ?

Le nourrisson peut provenir aussi d'une famille bourgeoise et aisée ; la jeune fille, après des manœuvres abortives infructueuses confie son état à ses parents. Rarement une famille accepte une telle chose ; la jeune fille est chassée de sa famille ou alors on l'envoie faire ses couches au loin. Quand elle rentre, quelques mois après être délivrée de son fardeau, elle est restée la jeune fille sans tache et son enfant confié à l'assistance est bien vite oublié.

En 1768, le rédacteur d'un mémoire écrivait, à propos des enfants trouvés de l'hôpital d'Aix : « On ne peut se dissimuler que la plupart des enfants exposés ne naissent que dans la

classe la plus corrompue de la société. Ils portent le germe des maladies scorbutiques, scrofuleuses, vénériennes et généralement de toutes celles qui se communiquent avec le sang et dont les auteurs sont infectés. »

De fait, les prématurés et les débiles peuplent les pouponnières d'assistés. Débilité simple dans les cas résultant d'une entrave non morbide du fœtus (alimentation insuffisante de la mère, manque d'hygiène, etc.) ou de l'interruption accidentelle de la grossesse (surmenage, traumatisme, etc.). La débilité sera pathologique lorsque la mère sera atteinte d'une infection grave (syphilis, tuberculose...) ou encore profondément intoxiquée (alcoolisme, morphinisme...); dans ces cas, l'enfant naît à la fois débile et malade.

Le fait que l'enfant est débile est parfois une cause d'abandon. Celui-ci, trop fragile, est refusé par les nourrices, et la mère, laissée seule sans ressources, obligée de travailler pour vivre, ne pouvant allaiter son enfant, l'abandonne.

Enfin, lorsque l'enfant est porteur d'une malformation (bec de lièvre, pied bot, etc.) ou d'une tare (surtout Σ), il devient pour sa mère non seulement une charge, mais un sujet de honte et elle cherchera à s'en débarrasser le plus vite possible.

ACCOUCHEMENT HORS DU FOYER

Nous ne parlerons pas de ceux qui naissent à la maternité ou après avoir reçus tous les soins nécessaires; leurs mères, filles-mères pour la plupart, mal conseillées et mal guidées, ont pour premier geste de les déposer à l'assistance.

Nous parlerons surtout des enfants, et ils sont nombreux, qui naissent dans des maternités secrètes ou dans des maisons malsaines. Là, les soins qu'ils reçoivent se résument souvent à bien peu de chose; on les amène au bureau ouvert ou ils sont

trouvés en quelque endroit, enveloppés dans des langes sordides, par n'importe quel temps. On a remarqué une certaine corrélation entre le mauvais temps (pluie, neige, orage) et l'abandon ; la personne dissimulant mieux, à l'aide d'une pèlerine ou d'un parapluie le fardeau qu'elle va abandonner. L'un d'eux est venu échouer, glacé, une fois en pleine nuit, à la pouponnière, après avoir été apporté au bureau au cours d'une tempête de neige. Un autre est arrivé vêtu seulement d'une chemise mouillée, d'une brassière et de deux langes. Enfin, il en arrive souvent transis de froid et vêtus de haillons. Parfois, l'accouchement ayant eu lieu clandestinement, l'abandonné arrive sans avoir reçu de bains, le corps recouvert d'enduit sébacé et sans pansement du cordon. N'ayant pas reçu d'instillation de nitrate d'argent, quelques-uns arrivent avec de l'ophtalmie.

La personne qui apporte l'enfant au bureau ouvert est souvent la mère elle-même, mais parfois c'est une autre personne : la grand'mère, la sœur, une voisine, quelquefois enfin une sage-femme ; cette dernière, pourvoyeuse et donneuse de mauvais conseils, peut jouer un rôle important dans l'abandon.

On transporte de n'importe quel coin du département et même d'autres départements l'enfant abandonné à l'hospice dépositaire. Celui-ci, ballotté, subit les intempéries et n'a quelquefois rien à boire en cours de route, ou alors des biberons de lait froid. Quelle différence avec les soins que l'on prend vis-à-vis du nouveau-né dans un milieu familial, où celui-ci ne fait souvent sa première sortie qu'un mois et plus après sa naissance.

Certains autres sont restés plusieurs jours et même plusieurs mois à côté de la mère misérable et souffrant de difficultés de toutes sortes. Ils arrivent dans un triste état, cachectique ou souffrant de troubles digestifs graves.

ABSENCE DE SOINS MATERNELS

Le nourrisson est incapable de vivre s'il est abandonné à lui-même, il ne peut satisfaire aucun de ses besoins, il est sous la dépendance absolue de son entourage. Pour qu'il se développe dans des conditions normales, il lui faut l'aliment fabriqué spécialement pour lui : le lait de sa mère ; s'il ne peut recevoir cet aliment naturel, si on est obligé de le nourrir artificiellement, pour diminuer les dangers de cette alimentation, il faut que son lait lui soit donné en observant des règles rigoureuses. Le nourrisson est incapable de se défendre contre le froid, le chaud, il ne peut se protéger lui-même contre ses souillures, il doit être habillé de façon convenable, ses langes doivent être changés souvent et l'entretien de la propreté de son corps nécessite des soins constants. Si le nourrisson, surtout le nourrisson privé du sein, ne reçoit pas ces soins son état général s'en ressent, son développement général se ralentit puis se produit une dénutrition spéciale que l'on observe pas, aux autres périodes de la vie, c'est-à-dire l'hypotrepsie et l'atrepsie, avec toutes leurs complications, dont la mort est souvent le terme.

Cette dénutrition a pour causes principales l'allaitement artificiel et le défaut de soins suffisants ; ces conditions se trouvent souvent réunies dans les salles où on élève les nourrissons en commun. Dans celles-ci on ne peut donner une infirmière qui supplée la mère ; chaque infirmière est chargée de plusieurs enfants et si dévouée, si attentive soit-elle, elle n'aura pas, vis-à-vis de ces tout-petits, cette vigilance unique et comme jalouse dont la vraie mère est seule capable. On a dit que l'enfant était pour sa mère, pendant neuf mois, un parasite interne ; pendant de nombreuses années après sa naissance, il

reste un parasite externe (Professeur FRUHINSHOLZ). Chaque mère n'est pas dotée à un égal degré de ces qualités instinctives, certaines même en sont totalement dépourvues. Mais l'exception n'infirme pas la règle selon laquelle l'enfant sain, nourri et soigné par une mère elle-même bien dirigée, est assuré de survivre et de se développer d'une façon normale.

Au cours de notre stage à la maternité, nous nous rappelons encore M. le professeur FRUHINSHOLZ plaidant la cause des enfants que leurs mères, filles-mères pour la plupart, voulaient abandonner. Son suprême argument, celui qui frappait le plus sûrement la conscience de la jeune mère, était celui-ci : « Si vous abandonnez votre enfant à l'assistance, vous pouvez le considérer comme à peu près certainement condamné à mort ». En effet, si on consulte les statistiques de cette époque, on constate que ces enfants confiés à l'assistance mouraient suivant un taux qui varie de 60 à 92 % dans les premiers mois de leur vie. Cependant, parmi ces enfants, nous en avons vu beaucoup qui étaient bien portants et ne demandaient qu'à vivre !

SÉPARATION PRÉCOCE D'AVEC LA MÈRE

a) A la pouponnière départementale de Saint-Stanislas, d'après DUCAS :

En 1920, sur 158 abandonnés 26 l'ont été dans les quarante-huit premières heures qui suivaient la naissance, 59 du troisième au septième jour, 75 après le septième jour.

En 1921, sur 96 abandonnés, 15 l'ont été dans les quarante-huit premières heures, 43 du troisième au septième jour et 28 après le septième jour.

En 1922, sur 87 abandons, 12 ont eu lieu dans quarante-

huit premières heures, 28 du troisième au septième jour, et 37 après.

En 1923, sur 132 abandons, 21 ont eu lieu dans les quarante-huit premières heures, 52 du troisième au septième jour, et 59 après.

Ces chiffres, jusqu'au 11 mars 1924, viennent de Marin; à partir de cette date, l'hospice dépositaire fut transportée à Saint-Stanislas, où nous avons établi la statistique suivante:

	Abandonnés de suite	De 9 j. à 1 mois	Après 1 mois
1924, depuis le 11 mars..	10	33	12
1925 —	21	44	17
1926 —	27	48	21
1927, jusqu'au 11 mars..	4	4	1

Les premiers de ces enfants abandonnés dans les quarante-huit premières heures ou de suite n'ont jamais reçu le sein. Ils sont apportés à l'hospice par n'importe quel temps et présentent la plaie ombilicale.

Les deuxièmes proviennent en majeure partie de la maternité; ils sont abandonnés par la mère à sa sortie ou quelques jours après; ceux-là ont été nourris au sein pendant les quelques jours qu'elles sont restées à la maternité, puis ils ont été sevrés brusquement, au moment où ils regagnaient leur poids de naissance.

Les derniers, enfin, ont vécu dans le milieu familial un certain temps avant d'être abandonnés.

b) La séparation précoce d'avec la mère entraîne les accidents du sevrage. Ces accidents, considérés quand l'enfant ne reçoit plus de lait humain, sont mentionnés dans tous les traités de pathologie et de puériculture. Mais les auteurs n'ont en vue

que les accidents qui se produisent au moment du sevrage physiologique en quelque sorte, c'est-à-dire qui s'effectue entre huit et onze mois. Tout autres sont les troubles que présentent les nourrissons qui, élevés pendant un temps plus ou moins long par les parents, nourris au sein ou à l'allaitement mixte, sont écartés brusquement de leur mère, le plus souvent avant l'âge de six mois.

D'après d'HEUQUEVILLE, sur 300 enfants au sien ou à l'allaitement mixte dont il a dirigé le sevrage, 120, soit 40 %, n'ont éprouvé de modifications dans l'état de leur santé, dans leur croissance; 180, soit 60 %, au contraire, ont présenté des incidents du fait même du sevrage; 15 ont été remis au sein et ont venus; 22 sont morts, soit 7 %.

Le symptôme le plus caractéristique au moment du sevrage est l'amaigrissement. Il n'est pas apparent les premiers jours, mais est déposé par un examen minutieux quotidien à la balance.

Dans les cas graves, le nourrisson peut perdre jusque 800 grammes. Sa température reste normale assez longtemps, puis brusquement elle monte à 39° et 40° et la mort survient rapidement.

Le tableau clinique n'est pas toujours aussi angoissant : après avoir perdu de 100 à 500 gr. sans causes appréciables, sans troubles gastro-intestinaux, l'appétit augmente, le nourrisson se laisse alimenter et il reprend sa croissance normalement.

Enfin, il est des cas plus bénins où les accidents du sevrage se traduisent par un état stationnaire dans la croissance pendant une semaine ou deux.

CHAPITRE III

LE POUPON ASSISTÉ EST SOUVENT UN POUPON MALADE A L'ENTRÉE

Les faits d'observations le prouvent

a) CONSTITUTION PHYSIQUE

Poids. — Les prématurés et les débiles peuplent les pouponnières d'assistés, comme le démontre leur poids à l'arrivée.

C'est ainsi qu'à l'ancien hospice dépositaire départemental de la Maison Marin sur 150 enfants assistés : 27 pèsent à l'entrée de 1.125 à 2.500 gr., soit 18,4 % ; 44 de 2.500 à 3.000 gr., soit 29,3 % ; 79 au-dessus de 3.000 gr., soit 52,60 %.

Soit une proportion de près de 20 % de prématurés et de débiles grands et moyens.

A la pouponnière Saint-Stanislas :

	1924	1925	1926	1927
	—	—	—	—
Au-dessous de 2.000 gr.....	0	3	2	0
De 2.000 gr. à 2.500 gr.....	6	12	12	0
De 2.500 gr. à 3.000 gr.....	15	17	14	1
De 3.000 gr. à 3.500 gr.....	16	27	30	5
De 3.500 gr. à 4.000 gr.....	9	11	13	2
Au-dessus (abandonnés à deux et trois mois).....	9	12	25	0

Ce qui donne, pour 158 enfants assistés une moyenne de plus le 30 % au-dessous de la normale.

Dans les autres départements, les statistiques viennent corroborer ces faits. A Marseille; au service des enfants assistés, CASSOUTE trouve: 555 enfants pesant un poids inférieur au poids normal; 32 pesant un poids normal; 118 pesant un poids supérieur, au cours des années 1918, 1919, 1920.

En 1924, à l'hospice des enfants assistés de la Seine, MÉGRET trouve également 238 débiles pour 1.050 enfants, soit une moyenne de 23 à 25 %.

A l'étranger, LUIO MARQUIO, à Montevideo, trouve une proportion très importante de prématurés et de débiles.

D'après E. NEMAC, de Bratislavské, les statistiques portant sur sept années et sur 2.400 accouchements, montrent que le poids moyen des nouveau-nés légitimes est plus élevé que celui des illégitimes. Chez les garçons, il y a, pour les premiers nés, une différence de 126 gr. 2; pour les deuxièmes nés, de 59,1. Chez les filles, pour les premières nées, une différence de 25 gr. 9; pour les deuxièmes nées, de 120 gr., toujours au profit des enfants légitimes.

Taille. — Il nous a paru intéressant de prendre la taille de ces enfants. Les indications pondérales ne nous renseignent pas sur le développement général de l'organisme. Pour s'assurer que la croissance est régulière, il est nécessaire aussi de connaître la taille; il y a une harmonie, une proportion physiologique entre le poids et la taille. Le poids est un indice variable pouvant monter ou baisser notablement sous des influences diverses, troubles gastro-intestinaux surtout. Au contraire, la taille en rapport avec la formation des os et avec la nutrition générale de l'organisme est irréductible, c'est cela qui doit

servir de base pour fixer la période réelle de développement.
Les enfants ont l'âge de leur taille et non de leur poids.

Nous avons pris le poids et la taille de 39 jeunes pupilles à leur entrée à la pouponnière :

AGE	POIDS	TAILLE
	gr.	cm.
8 jours	3080	50
—	3550	51
—	3070	50
15 jours	2630	49
—	3220	49
—	3300	52
—	2500	48
3 semaines	2700	51
1 mois	3500	53
—	3830	53
—	3300	51
—	3450	53
—	3730	54
—	3150	52
—	2980	50
5 semaines	3700	54
—	3380	52
—	4350	57
6 semaines	3020	49
—	2900	50
—	3430	52
—	3940	53
2 mois	3250	49
—	4400	59
—	2660	47
—	3900	53
—	3300	54
—	3700	52
2 mois plus 2 semaines	3040	50
—	3380	52
3 mois plus 2 semaines	5400	59
4 mois	4250	60
—	5900	59
—	5400	59
—	4470	56
—	5920	61
4 mois plus 3 semaines	5650	62
5 mois	2750	47
5 mois plus 2 semaines	5300	61

D'après VARIOT: Poids et taille à la naissance:

Poids moyen: 3.075 grammes; taille moyenne: 49,5 centim.

	Poids	Taille
	—	—
1 mois.....	3.585 gr.	53 cm.
2 mois.....	4.275 gr.	56,2 cm.
3 mois.....	4.863 gr.	58,2 cm.
4 mois.....	5.557 gr.	60,8 cm.

D'après les chiffres de ce tableau nous voyons que sur 58 poupons que nous avons examinés, 39 sont au-dessous de la moyenne au point de vue de leur taille, 14 ont une longueur normale et 5 sont au-dessus de la moyenne.

Soit: taille inférieure à la moyenne, 51,8 %; égale à la moyenne, 35,8 %; supérieure à la moyenne, 12,8 %.

b) MALADIES ET TARES OBSERVÉES A L'ENTRÉE

Comme on peut le prévoir, ce sont les troubles d'origine digestive qui forment la grosse part des maladies à l'entrée; rares sont les poupons ayant des selles normales. Ces troubles consistent surtout en diarrhée, selles fétides, vertes souvent et en vomissements.

Parmi les troubles de l'appareil respiratoire, on relève quelques bronchites et broncho-pneumonies contractées souvent au cours de l'abandon de l'enfant par n'importe quel temps. Dans le département de Meurthe-et-Moselle, les enfants sont, en général apportés au bureau ouvert à des heures convenables et suffisamment vêtus; il y en a cependant quelques-uns dont le transport a été effectué dans des conditions déplorables, et on en cite plusieurs qui sont arrivés à la pouponnière pour y mourir au bout de quelques heures.

Rares sont les poupons n'ayant pas d'érythème fessier à l'entrée; cet érythème traduisant presque toujours des troubles de la nutrition, qui se manifestent souvent aussi par de l'eczéma, de l'impétigo et du prurigo.

Plusieurs de ces enfants arrivant sans pansement du cordon, les infections des plaies ombilicales ne sont pas rares. On relève quelques cas d'ophtalmie purulente dûs à l'accouchement clandestin et au manque d'instillation de nitrate d'argent.

Parmi les tares, l'hérédo-syphilis exerce sur le développement de l'enfant assisté et sur leur résistance à la maladie une influence capitale: ce sont des coryzas, des veines dilatées, des bosses frontales saillantes, une rate perceptible, un gros foie qui permettent de poser le diagnostic.

Le nombre des syphilis manifestées par des accidents cutané-muqueux, et celui des syphilis viscérales n'est pas très élevé (on a observé 22 cas d'hérédo-syphilis cutané-muqueuse ou viscérale en quatre ans à Marin et à peine quelques cas en trois ans à Saint-Stanislas). Par contre, le nombre des hérédo-syphilis latentes doit être grand; nous n'en voulons d'autre preuve que l'efficacité des frictions mercurielles données systématiquement à la pouponnière dans tous les cas de retard du développement et de mauvais état général.

Les auteurs viennent corroborer cette opinion: à l'hospice des enfants trouvés de Petrograd, ROTCHILD signale 8 % d'hérédo-syphilitiques. A la pouponnière de Boulogne, on en aurait trouvé un cas sur six enfants.

A côté de la syphilis, d'autres tares héréditaires: tuberculose maternelle, alcoolisme apportent une cause de débilité pour le poupon; les rachitiques précoces ne sont pas rares, avec de gros ventres, un chapelet costal et de grosses épiphyses caractéristiques. Des enfants laids, quoique de développement nor-

mal, ont un aspect vieillot cachant une tare sans aucun doute.

Parmi les malformations congénitales, nous avons observé quelques pieds-bots et becs-de-lièvre.

D'après les renseignements recueillis au bureau ouvert, l'âge des mères est variable, le plus souvent ce sont des femmes qui ont vingt ans à peine ; quelquefois elles sont bien plus jeunes ; plusieurs ont entre douze et quatorze ans. Enfin on nous a signalé quelques cas où le procréateur était l'oncle, le père ou le frère.

En somme, nous constatons que tous ces enfants qui entrent à Saint-Stanislas constituent une classe à part dans la population infantile ; ce ne sont pas des enfants comme les autres ; ce sont le plus souvent des premiers nés, beaucoup sont des prématurés, des débiles, des tarés ; un grand nombre sont suspects et, au surplus, du fait de la séparation d'avec la mère, ce sont des menacés et des amoindris.

Leur développement physique *dans l'avenir* n'est pas comparable non plus à celui des autres enfants. D'après M. BLIN, correspondant au ministère de l'Instruction publique, la taille des enfants assistés augmente régulièrement de six à treize ans. Cette augmentation est moindre dans l'ensemble que celle des enfants parisiens mesurés par MM. VARIOT et CHAUMET. Les résultats constatés pour les poids sont identiques à ceux qui sont indiqués pour les tailles.

CHAPITRE IV

COMMENT LES PUPILLES SE COMPORTENT A LA POUPONNIÈRE

a) DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE

L'enfant normal. — A la naissance, il pèse en moyenne de 3 kg. à 3 kg. 250. Dans nos régions, la moyenne est même au-dessus de ce chiffre. Pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent la naissance, le poids baisse de 150 à 200 gr. par suite de l'évacuation de l'urine, du méconium et de l'insuffisance de l'alimentation. Ensuite il augmente de poids progressivement et atteint généralement le poids initial de sa naissance le dixième jour. Ceci est la donnée classique car beaucoup d'enfants normaux, selon la quantité de lait de la mère ou selon l'allaitement artificiel qu'ils reçoivent, ne récupèrent leur poids de naissance qu'après trois semaines. A partir de ce moment, on peut fixer schématiquement, de la manière suivante, l'accroissement mensuel et l'accroissement quotidien du poids, suivant NOBECOURT et SCHREIBER :

	Accroissement mensuel	Accroissement quotidien
	—	—
De 0 à 4 mois. . . .	750 gr.	25 gr.
De 4 à 8 mois. . . .	500 gr.	16 gr.

Croissance en poids à Saint-Stanislas. — Nous avons relevé le poids de tous les nourrissons à leur entrée à l'hospice et après un mois de séjour dans celui-ci.

Ceux qui ont augmenté de moins de 250 grammes sont les hypotrophiques, les débiles, ceux qui souffrent de troubles digestifs assez graves et dont l'avenir est assez sombre.

Ceux qui ont augmenté de 250 à 500 grammes, sont pour la plupart des nourrissons dont la mise en route a été difficile, mais dont l'avenir est moins sombre que celui des précédents.

Enfin, ceux qui ont augmenté de plus de 500 grammes, sont des nourrissons à développement normal.

	Nb. de nourrissons étant restés plus de 1 mois à la pouponnière	Nombre de nourrissons ayant augmenté dans le mois de :			
		moins de 250 gr.	entre 250 et 500 gr.	entre 500 et 750 gr.	plus de 750 gr.
1924	34	9	12	12	1
1925	47	14	17	14	2
1926	53	15	19	18	1
1927 (jusq. 14 mars).	11	5	4	2	»

Ce qui revient à dire que les 2/5^e des enfants n'augmentent pas de poids comme ils auraient dû le faire.

Ce retard de la croissance affecte différentes modalités. Tantôt il s'agit d'un simple retard dans la récupération du poids de naissance se faisant attendre plusieurs semaines, ceci pour les enfants abandonnés de suite et pour ceux abandonnés après leur sortie de la maternité, c'est-à-dire qui ont déjà reçu le sein; pour ces derniers, le temps de récupération sera plus long encore. Tantôt il s'agit d'une croissance au ralenti, progressant de la moitié ou du tiers de la normale. Tantôt enfin d'une croissance entrecoupée de périodes plus ou moins longues d'amaigrissement pouvant aboutir à l'hypotrophie et à la mort.

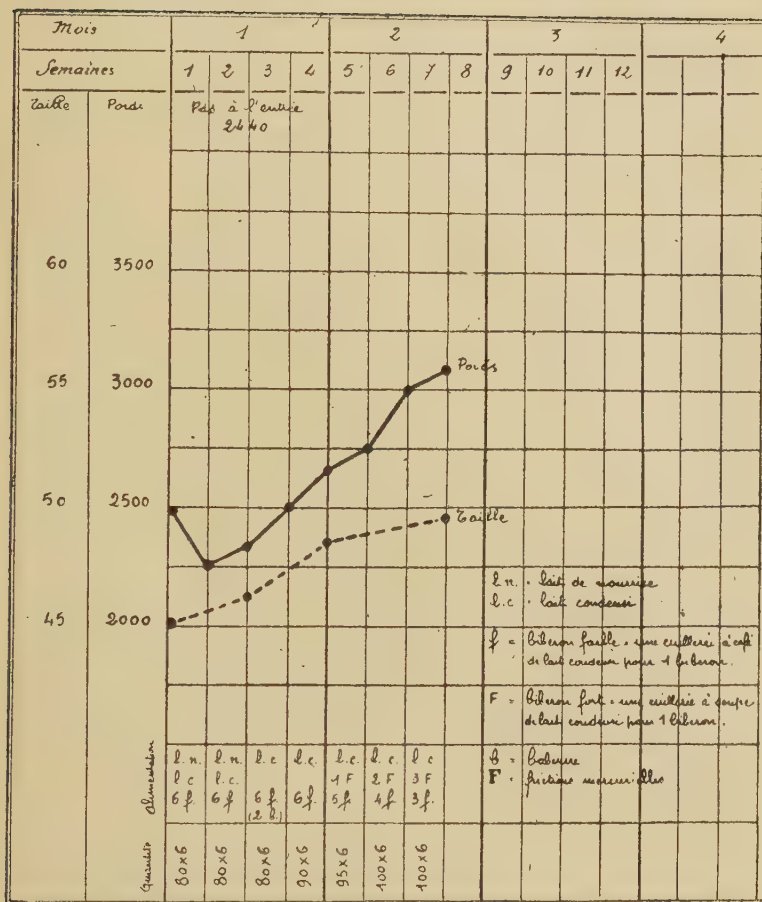
GRAPHIQUES

OBERVATION I

Enfant X....., Marcelle, née le 14 janvier, *abandonnée le même jour par sa mère*. Pas de renseignements sur ses procéateurs. L'enfant pèse 2.440 grammes, taille 45 centimètres, ne présente pas de tares, paraît être une prématurée. Allaitement mixte, lait de femme et lait condensé; en raison de son insuffisance, ce lait de femme est donné à titre d'aliment complémentaire. Il est donné seul dans un biberon à une ou plusieurs tétées ou il remplace une quantité équivalente de lait condensé.

L'enfant présente une diarrhée légère dans les premiers jours qui cède rapidement après avoir pendant deux jours remplacé deux biberons de lait par deux biberons de babeurre.

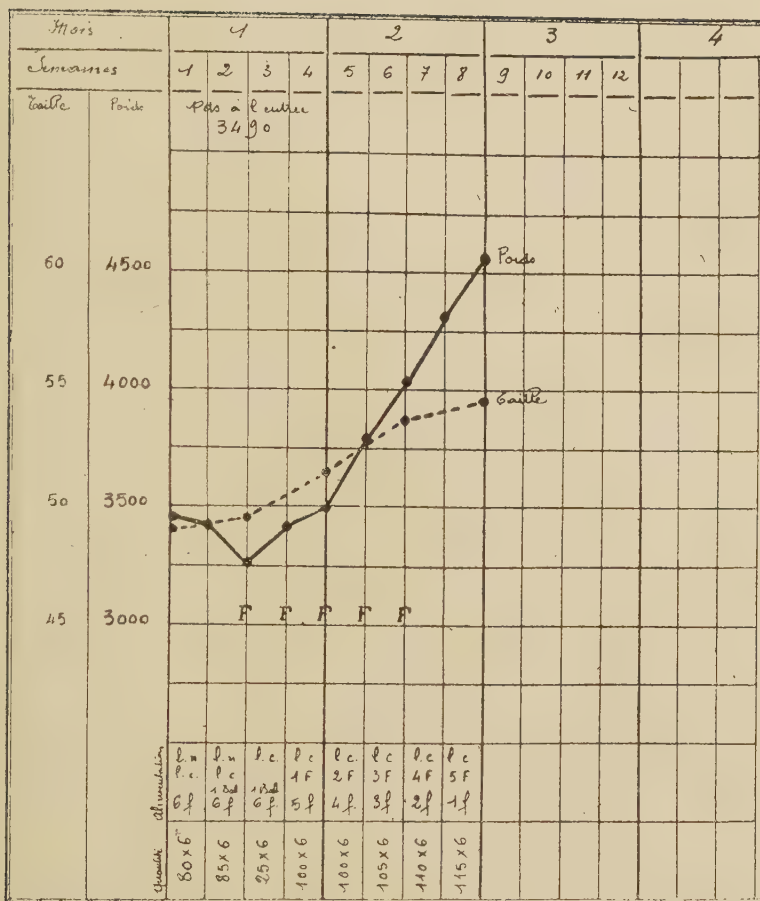
L'enfant boit bien mais ne rattrape son poids de naissance qu'au bout de trois semaines. Placé à Blâmont, à 7 semaines, ne pesant que 3.100 grammes.



OBSERVATION II

Enfant X...., Louise, *abandonnée par sa mère le 25 mai, née le 16 mai à la Maternité*. Mère bien portante âgée de 18 ans. Femme de chambre, pas de renseignements sur le père.

Belle enfant a été nourrie au sein par sa mère durant son séjour à la maternité, a de nombreuses selles vertes et fétides à son entrée à la pouponnière. L'enfant qui avait paraît-il repris son poids de naissance maigrit rapidement. La rate, le foie, le système osseux sont cliniquement normaux, l'enfant pèse 3.490 grammes et mesure 48 centimètres. Pour atténuer les effets de ce sevrage brutal on donne le plus possible du lait de femme au nourrisson; le lait condensé est donné à titre de complément. Malgré cela l'enfant continue de maigrir, perd près de 200 grammes en quinze jours. A partir de la deuxième semaine on remplace dans la journée un biberon par un babeurre et on commence un traitement par des frottes. L'enfant reprend du poids mais ne récupère son poids à l'entrée que 4 semaines plus tard. Est placé à Blâmont au moment où il pesait 4.600 grammes.



OBSERVATION III

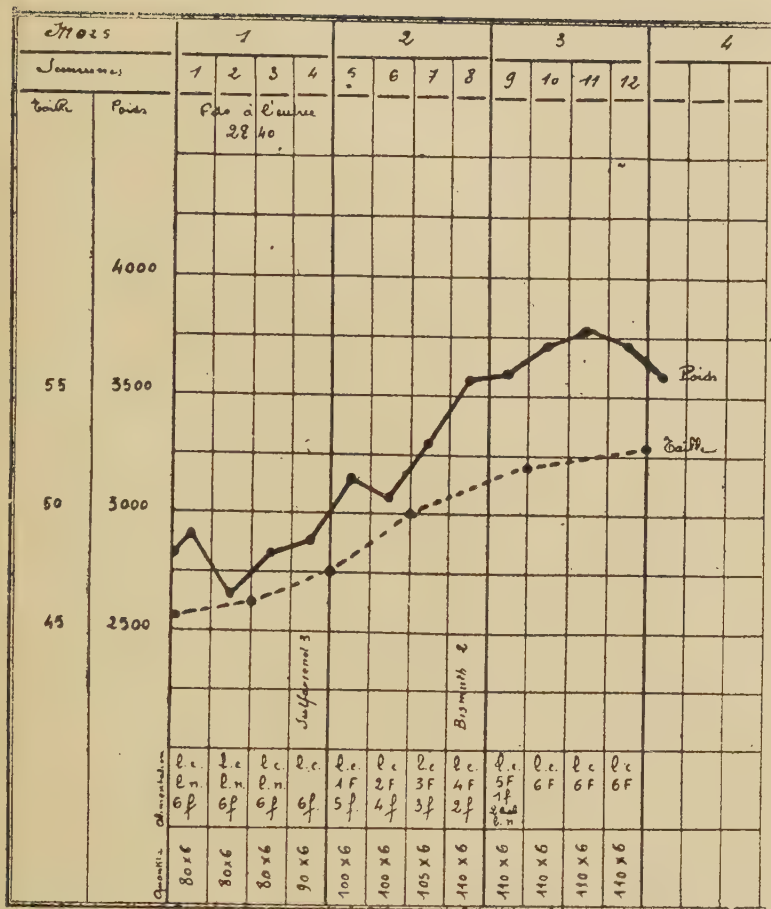
Enfant X..., Marcel, *abandonné le huitième jour par sa mère à sa sortie de la maternité*. Entre à la pouponnière le 5 décembre, pèse 2.840 grammes, mesure 47 centimètres. Aspect vieillot, peau ridée, gros ventre. Allaitement mixte dès l'entrée, l'enfant vomit après chaque biberon et présente de plus une diarrhée abondante. Son état devenant sévère nécessite l'administration de plasma de Quinton et de lavages d'intestin.

Le 1^{er} janvier les vomissements ont cessé, l'enfant a repris le poids qu'il avait à l'entrée il a reçu depuis huit jours 3 injections de sulfarsenobenzol. Ses selles sont normales, il reprend du poids lentement.

10 janvier, poussée de pyodermite; on incise plusieurs abcès. L'enfant maigrit de plus de 100 grammes en huit jours.

26 janvier, diarrhée verte, on donne deux babeurres par jour à l'enfant, on lui fait deux injectons de Bi.

27 janvier, l'enfant présente des foyers congestifs aux deux bases. après lui avoir administré en deux fois un centimètre de vaccin de Weill, on lui fait le 3 février un abcès de fixation. Le 7 ouverture de l'abcès. L'enfant se cachectise, présente très peu de diarrhée, ne vomit pas et boit avidement ses biberons. Nombreux foyers de râles humides sur toute la hauteur des deux poumons. La température variant entre 38° et 39°. L'enfant dépérit rapidement, meurt le 23 février.



b) MORBIDITÉ

La salle commune a toujours été un foyer permanent de contagion contre laquelle il est difficile de lutter. Les jeunes enfants présentent une très grande sensibilité vis-à-vis des maladies infectieuses et le poupon assisté, débile, taré présentera, plus que les autres, une résistance amoindrie dans la lutte contre celles-ci. Cependant, depuis près d'un an que nous fréquentons ce service, il n'a pas été enregistré de grosses épidémies, sauf cependant une épidémie de grippe saisonnière qui n'a pas eu de grosses conséquences, grâce à l'installation d'isolement dont nous sommes pourvu. A l'ancienne pouponnière de la Maison Marin, il en était tout autrement. En 1922, cet hospice n'avait pour les enfants assistés qu'un local unique au deuxième étage. A un moment donné, ce local contenait 18 nourrices avec leurs 18 enfants, 18 abandonnés dont plusieurs infectés, une infirmière, soit en tout 55 personnes !

DUCAS, dans sa thèse, cite plusieurs exemples de contagion intérieure. Un des plus typiques est le suivant : en juillet 1921, un enfant recueilli sur un banc, dans un jardin public, est amené à l'Hospice Marin atteint de gastro-entérite aiguë. Tous les enfants âgés de quatre mois, placés dans cette salle où il ne passa que vingt-quatre heures, meurent de contagion. A la fin du mois de la même année, une nourrice eut la grippe, qu'elle communiqua à son enfant puis à tous les nourrissons de la salle ; les nourrissons au sein de leur mère résistèrent ; les autres succombèrent.

Nous avons dressé une statistique montrant la fréquence des principales maladies que nous avons observées chez les nourrissons à la nouvelle pouponnière.

	Affections gastro- intestinales	Affections respira- toires	Affections cutanées	Infections ombili- cales	Rachi- tisme	Total des malades	Nombre d'admis
1924. . .	9	4	3	6	4	26	83
1925. . .	15	5	3	6	3	32	101
1926. . .	19	6	3	9	5	42	124
1927. . .	3	1	1	2	»	7	12

D'où il résulte que la proportion des malades par rapport à l'effectif annuel a été de 31 à 33 %.

ROTCHILD signale, à l'hospice des enfants trouvés de Petrograd, une proportion de 20 % de nourrissons malades.

Nous voyons que ce sont les affections d'origine gastro-intestinales qui forment le gros noyau des malades ; viennent ensuite les infections ombilicales et les troubles de l'appareil respiratoire.

Nous n'avons pas noté les rhino-pharyngites passagères, les angines légères, les fièvres éphémères si fréquentes chez les jeunes enfants et qu'à tout moment on a l'occasion d'observer dans les services de nourrissons assistés.

CHAPITRE V

MORTALITÉ

La mortalité des nourrissons assistés est beaucoup plus élevée que celle des enfants du même âge en général, et cela pour toutes les causes que nous avons décrites, qui font de ce poupon un être fragile qui ne pourra faire les frais d'une grosse maladie.

Les enfants nourris au sein dans leur famille meurent dans la proportion de 1 sur 17 (BONNAIRE 15 %, LULING 14 %); dans une statistique de VARIOT et BOURDEAU, de Fontenay, elle a même pu s'abaisser à 4,14 %; à 3 % dans une autre de NUNIN.

Pour ceux qui, restant dans leur famille sont nourris au biberon, le taux de la mortalité s'élève à 26,4 %. Entre les enfants qui, dans leur famille sont nourris au sein et ceux qui, restant de même au foyer sont nourris au biberon, la différence est grande; celle-ci est due évidemment aux troubles digestifs, au grand nombre de vomisseurs parmi les enfants nourris artificiellement, et pourtant la mère est là, sa présence et ses soins ne manquent pas à son petit. Mais il est évident que si une surveillance technique comparable à celle des asiles maternels était exercée sur ces mères allaitant au sein ou artificiellement leurs enfants, les taux de mortalité seraient moindres,

Nous n'en voulons pour preuve que la mortalité des nourrissons de l'asile maternel voisin de l'asile des assistés, où les femmes nourrissent leurs propres enfants sous surveillance médicale.

Voici, pour trois années le pourcentage annuel des décès :

Années	Entrées	Décès	Pourcentage annuel
1924.....	93	2	2,15 %
1925.....	104	5	3,81 %
1926.....	107	3	2,30 %

Voyons à présent la mortalité à la pouponnière de Saint-Stanislas :

	Nb. de décès	Nb. d'entrants	Pourcentage
1924.....	21	61	33,1 %
1925.....	31	101	30,6 %
1926.....	25	124	20,1 %
1927.....	2	12	

Si l'on envisage à présent les seuls enfants abandonnés :

	Nb. de décès	Abandonnés	Pourcentage
1924.....	19	55	34,5 %
1925.....	28	82	34,1 %
1926.....	17	96	17,7 %
1927.....	2	8	

Comme nous le voyons ces chiffres sont supérieurs à ceux donnés par les moyennes précédentes. Cependant les chiffres de 17,7 % en 1926 montrent que l'on a fait un réel progrès dans l'élevage de ces enfants. Pour 1927 dans ces tableaux les

chiffres ne vont que jusqu'au 14 mars. *Nous avons relevé les décès jusqu'au 15 octobre dernier nous ne trouvons que 4 décès seulement sur 78 entrants ce qui nous donne jusqu'à présent une moyenne de 4,7 %.*

Si on considère les statistiques des siècles derniers, on remarque que la mortalité des nourrissons abandonnés a toujours été très élevée, On en trouve partout de nombreux exemples.

A la maison des enfants trouvés de Dublin, sir John Boquare signale en 1791 dans un rapport au Parlement d'Irlande que sur 19.420 enfants qu'on avait reçus en 20 ans il y en avait 17.440 dont on ne pouvait rendre compte. Sur 7.650 reçus de 1781 à 1784, 2.944 étaient morts 15 jours après leur entrée. 2.180 avaient été admis en 1790 et 187 seulement avaient atteint l'âge d'un an. De 1798 à 1805 on y avait reçu 12.786 autres dont il ne restait cinq ans après que 135.

A Moscou en 20 ans sur 37.607 enfants il n'en est resté que 1.020.

A Vienne en 1811 et 1812, 92 à 93 décès sur 100 à la maison dépositaire.

Dans une principauté importante de l'Allemagne du Sud MARE signale qu'en 1815 un seul enfant pût être élevé sur 180 abandonnés.

La même mortalité effrayante s'observait également en France. A Paris à la Maison de la Couche. En 1630, sur 1.093 enfants admis au-dessous d'un mois, 390 mouraient de 1 à 3 mois; 106 de 3 à 6 mois et 114 de 6 mois à un an, soit 539 décès dont 425 survenus avant le début du septième mois.

Au début de la seconde moitié du XVIII^e siècle, mortalité plus élevée, le taux total était de 69,9 %. En 1804 le taux général fut de 92,13 %. En 1858 dans le département de la Seine il y a 58,91 % de décès.

Plus près de nous malgré la mise en vigueur des diverses lois sur la protection de l'enfance, les chiffres de la mortalité des nourrissons assistés sont encore restés élevés.

Pour Paris et le département de la Seine, la mortalité était de 39 % en 1900, 58,4 % en 1914, 82 % en 1919. Devant l'augmentation régulière des décès, l'administration de l'Assistance décide le transfert des enfants, le changement de local fit baisser la mortalité. En 1920 les chiffres étaient tombés à 41,3 %, en 1923 ils étaient de 21,6 %.

En Meurthe-et-Moselle, en 1909, sur 99 admis à la pouponnière, 51 sont morts à l'Hospice dépositaire; en 1917 sur 49 admis, 43 sont morts à la pouponnière. Quelques années plus tard, la pouponnière de la Maison Marin pourvue d'une installation provisoire et trop encombrée devait donner pour les nombreux tarés d'après-guerre des chiffres tout aussi mauvais.

En 1920 sur 158 entrants il y a eut 140 décès.

En 1921 sur 96 entrants il y a eut 76 décès.

En 1922 sur 87 entrants il y a eut 49 décès.

En 1923 sur 132 entrants il y a eut 71 décès.

Nous voyons que tous ces chiffres sont supérieurs à ceux donnés en 1926 dans la nouvelle pouponnière.

A la pouponnière de Boulogne qui reçoit des nourrissons normaux pour la plupart, les chiffres de mortalité ont été de :

En 1920.....	5,30 %
En 1921.....	3,75 %
En 1922.....	9 %
En 1923.....	5 %
En 1924.....	1,30 %
En 1925.....	2,20 %

A l'Institut de Puériculture de Strasbourg où à côté des enfants sains sont placés de nombreux prématurés et débiles, le taux de mortalité malgré l'agencement moderne de l'établissement remonte entre 13 et 15 %.

Mortalité suivant l'Age des nourrissons

D'après BUDIN, la mortalité des enfants en général de moins de 1 an est fixée de la façon suivante :

Sur 100 enfants de moins de 1 an qui meurent :

Nourrissons de 0 à 15 jours.....	7,3 %
— 15 j. à 1 mois.....	1,2 %
— 2 mois.....	6,2 %
— 3 mois.....	4,9 %
— 4 à 6 mois.....	3,1 %
— 6 mois à 1 an.....	1,8 %

PORAK dans un rapport à l'Académie de Médecine donne les chiffres suivants :

Age du décès	Décès
— —	—
0 à 4 jours.....	37,5 %
4 à 9 jours.....	18,0 %
10 à 14 jours.....	18,4 %
15 à 29 jours.....	12,3 %
30 à 90 jours.....	6,5 %
90 à 180 jours.....	4,3 %
181 à 365 jours.....	2,3 %

Nous voyons d'après ces tableaux que la mortalité des nourrissons atteint son maximum au cours du premier mois, en

particulier dans les premiers jours, elle est forte jusqu'à la troisième semaine, puis décroît progressivement dans la suite

Voyons à présent la mortalité du nourrisson suivant son âge à la pouponnière Saint-Stanislas :

	10 jours	10 à 30 j.	30 à 90 j.	plus de 90 j.
Nombre de décès en 1924.....	2	9	4	4
— 1925.....	1	19	5	3
— 1926.....	2	8	8	1
— 1927.....	0	0	0	0

Nous voyons que le nourrisson assisté ne meurt pas comme l'enfant en général ce n'est plus dans les dix premiers jours que les décès sont plus nombreux à la pouponnière, mais entre le dixième et le trentième jour.

Nous pouvons tirer certaines conclusions d'après ces faits : si l'enfant résiste assez bien dans les premiers jours sa mortalité est élevée à la fin du premier mois et celle-ci reste élevée dans les deux et trois mois qui suivent. Il faudra donc pendant ce temps renforcer les moyens de lutte contre celle-ci et en particulier la prophylaxie anti-infectieuse.

En ce qui concerne les *causes de la mort* dans le service elles sont indiquées ci-dessous :

	1924	1925	1926	Total
Débilité congénitale.....	4	12	5	21
Malformations	1	1	1	3
Affections digestives.....	7	10	5	22
Affections respiratoires.....	4	3	4	11

Nous voyons que la débilité congénitale forme avec les affections d'origine digestive les deux facteurs entraînant le plus souvent la mort.

CE QUE DEVIENT LA MORTALITÉ DE CES ENFANTS A LA SORTIE DE LA POUPONNIÈRE

Le placement au sein chez une nourrice est de plus en plus rare. En 1924 d'après MARFAN, sur 83.000 séparés, 78.000 étaient élevés au biberon. Parmi les assistés de la Seine en 1921, 150 étaient nourris au sein au lieu de 400 en 1920. En Meurthe-et-Moselle, depuis plusieurs années, aucun assisté n'a reçu le sein d'une nourrice après son placement. Si nous considérons la mortalité des enfants élevés à la pouponnière départementale et celle des mêmes enfants élevés en nourrice, nous verrons que la proportion est inférieure dans le premier cas. Dès le XVIII^e siècle RAULIN rapportait qu'en 1757 sur 3.220 abandonnés mis en nourrice mouillée, 2.351 étaient morts, 681 avaient été ramenés mourants à l'Hôpital et 188 seulement avaient survécus chez les nourrices. Vers la même époque à Perpignan, sur 100 enfants mis en nourrice mouillée à peine douze ou quinze avaient été retrouvés vivants sept ans après.

Au début du XIX^e siècle la mortalité des enfants assistés mis en nourrice reste aussi élevée; sur 80.000 enfants ou n'en retrouve que 5.000 vivants au bout de seize ans (DELAUNEY).

Plus tard dans la Manche elle est de 58,60 %, 30,50 % dans la Loire-Inférieure.

Après l'application des lois de 1874 et 1904 on note une amélioration dans le pourcentage. En 1898 on donne une mortalité de 17,2 % pour les enfants placés en nourrice sèche. En 1903 la mortalité varie de 4,54 % à 34,78 % suivant les régions

et en 1919 elle était remontée entre 18,68 % et 75 % suivant les départements.

Voici un tableau d'après WALLICH donnant la mortalité des enfants en nourrice comparée à la mortalité infantile générale.

Nombre de décès pour 100 enfants observés du 10^e au 365^e jour.

	Ensemble des enfants France entière	Enfants placés en nourrice	Enfants légitimes		Enfants illégitimes	
			Ensemble	En nourrice	Ensemble	En nourrice
1907	111	155	103	130	199	215
1908	111	164	100	133	205	233
1909	99	130	91	108	182	195
1910	92	140	85	112	185	204
1911	110	225	129	150	270	302
1912	87	123	79	97	177	182
1913	83	138	87	96	201	205
1914	104	132	91	98	227	157
1915	120	147	108	111	265	211
1916	108	170	86	112	272	227

Si l'on considère les chiffres donnés en Meurthe-et-Moselle dans ces dernières années, on remarque que tout en étant en voie d'amélioration ils restent encore élevés :

	Nb. d'assistés moins de 1 an placés à la campagne	Nombre de décès	Pourcen- tage
En 1921.....	46	19	41,30 %
En 1922.....	77	20	25,97 %
En 1923.....	103	36	34,95 %

De ces chiffres nous concluons que tel qu'il est conçu actuellement et non pas tel qu'il était à la Maison Marin avec ses salles basses, malsaines et encombrées, l'élevage en commun des nourrissons donne des résultats meilleurs que chez des éleveuses difficile à surveiller.

CHAPITRE VI

COURT APERÇU SUR LES AMÉLIORATIONS A APPORTER A L'ASSISTANCE AUX ABANDONNÉS D'APRÈS LES FAITS ET OBSERVATIONS CI-DESSUS

La Commission administrative des hospices semble ne devoir reculer devant aucun sacrifice pour réaliser une installation parfaite. D'autre part, les résultats obtenus au cours de ces dernières années montrent que l'on est dans la bonne voie au point de vue de l'élevage de ces enfants. Voyons donc rapidement les améliorations qu'il serait logique d'apporter au Service,

a) LOCAL

Ceci est une question primordiale. Avec des locaux suffisamment grands et bien disposés, il est facile de construire une pouponnière modèle suivant les règles à présent bien établies. L'idéal serait naturellement un bâtiment à part pour ces enfants. Les locaux dont nous disposons actuellement pourraient répondre à ces données à une condition cependant c'est que le service devienne complètement indépendant et soit isolé des autres : abri maternel, enfants de l'assistance et logement des sœurs. En prenant en totalité l'aile centrale de l'hospice, il me semble que l'on réaliserait suffisamment cet isole-

ment. Il serait alors possible de satisfaire les règles de l'hygiène et d'opérer les différentes transformations nécessaires.

Au cours des pages qui précèdent, nous avons vu que de nombreux enfants reçus étaient des débiles, des prématurés, des malades, d'autres sont en bonne santé, n'exigeant pas les mêmes soins, il serait donc logique de prévoir différentes salles pour ces nourrissons. Voici rapidement esquissé un schéma de ce service.

1° *Salle d'observation.* — Qui sera composée de boxes aussi fermés que possible et où chaque entrant restera de 15 à 20 jours avant d'être mis avec les autres enfants. Cette salle dont l'importance est capitale puisque les enfants qui y sont reçus sont toujours à un tournant délicat de leur existence devra être largement éclairée et aérée. C'est dans celle-ci que pour la plupart de ces enfants sera appliqué le sevrage progressif. Chaque fois qu'un enfant, pour une maladie grave, aura dû aller dans un hôpital d'enfant, il devra à son retour faire un nouveau stage dans cette salle.

2° *Salles communes.* — Nous ferons un groupement à part des enfants en dépôt que nous mettrons dans une salle spéciale. Ceux-ci en effet reçoivent fréquemment la visite de leurs parents apportant avec eux les risques de contamination. Ces salles communes recevront les enfants sains, Pour tous, l'idéal serait le boxe individuel, type Pasteur. Dans d'autres services, l'installation de boxes sans portes, à claire-voie, moins onéreux donne de bons résultats. Une blouse propre que mettra toute personne approchant l'enfant se trouvera pendue à l'entrée de chaque boxe.

Enfin ces locaux, proportionnés au nombre des enfants, devront recevoir le plus de lumière possible. Il sera logique

d'y adjoindre des balcons ou terrasses d'ensoleillement comme cela existe à Epernay et à Strasbourg.

3° *Salle pour débiles et prématurés.* — Où en plus de ce qui a été décrit plus haut on adjoindra quelques couveuses.

4° *Infirmierie.* — Composée de boxes complets, les soins étant donnés par une infirmière compétente, les enfants malades y seront mieux traités que dans une salle d'hôpital où ils se laissent trop facilement contaminer.

A côté de ces salles, il conviendra d'adjoindre une salle de bains. La biberonnerie, la buanderie et la lingerie seront des services également très important. Le logement du personnel devra être isolé des salles de nourrissons.

b) PERSONNEL

A notre avis le nombre des gardiennes et berceuses n'est pas suffisant pour assurer le service de la pouponnière. Actuellement il en existe 3 pour 15 à 25 enfants, ceci est notoirement insuffisant quand on songe aux soins incessants que demande l'entretien de ces enfants, des locaux et du matériel. De l'avis de M. le Professeur CAUSSADE, leur nombre doit être porté au double, car en plus de tous ces soins, il faut encore promener ces enfants, les distraire, éveiller enfin leur intelligence, choses qu'il est impossible de faire avec ce nombre restreint de personnel.

Tout ce personnel devra être soumis à une surveillance médicale constante afin d'éviter toute contagion intérieure.

Les anciennes gardiennes et berceuses sont bien stylées et connaissent leur métier, ce sont elles qui dressent les jeunes, il est nécessaire de leur conférer certains avantages pour les inciter à rester.

c) ALIMENTATION

La préparation des différents laits, modifiés ou non, ne rencontrent guère de difficultés. Seul le lait de femme devient de plus en plus une chose rare à se procurer et c'est un aliment utile, nécessaire pour le bon développement de nos débiles et de nos prématurés.

A Nancy ce lait est donné par l'abri maternel. Toute femme qui en donne est rétribuée. Dans certain endroit c'est une maternité qui le fournit. Ce lait surveillé médicalement écarte les risques de contamination.

Si l'Abri Maternel et la Maternité sont éloignés de la pouponnière, cela comporte des inconvénients par les allées et venues imposées aux nourrices et aux nourrissons. L'idéal serait d'avoir un nombre suffisant de nourrices à proximité de la pouponnière: Abri maternel, Maternité, Pouponnière dans le voisinage l'un de l'autre.

Seulement ce voisinage immédiat n'offrira-t-il que des avantages? Il est à se demander si la présence de l'Abri maternel dans les mêmes bâtiments que la pouponnière n'est pas en rapport avec le nombre croissant des abandons 55 en 1924, 82 en 1925, 96 en 1926, pour un chiffre de naissances à peu près égal pour ces trois années?

Et l'idée seule qu'il existe à proximité un service d'abandonnés où les enfants sont soignés avec dévouement, ne porte-elle pas un mauvais conseil à ces femmes qui vont être obligées de reprendre la lutte pour la vie à la sortie de l'Asile?

CONCLUSIONS

De l'étude qui précède, faite à la pouponnière que nous avons décrite, nous dégageons donc les conclusions suivantes :

1° Les nourrissons abandonnés à l'Assistance publique en raison de leur origine et des circonstances de leur naissance, ne sont pas la plupart du temps des enfants comme les autres. Ils constituent une classe à part dans la population infantile : beaucoup sont prématurés, débiles ou tarés, un grand nombre sont suspects, tous par suite de la séparation d'avec leur mère sont des menacés et des amoindris.

2° Ils ne se comportent pas à l'hospice comme des enfants sains, leur développement se fait dans des circonstances plus pénibles et ils présentent une grande sensibilité vis-à-vis des maladies infectieuses.

3° Quoiqu'on fasse la mortalité des enfants assistés s'est toujours montrée plus élevée que celle des autres enfants, mais tel que l'ont conçu le département de Meurthe-et-Moselle et la Commission des Hospices, actuellement l'élevage en commun des nourrissons assistés s'est avéré dans ce département comme un moyen efficace de protéger leur vie.

4° Des perfectionnements sont à apporter : alors que du temps de la Maison Marin, on abrégait le plus possible le temps de séjour des enfants à la pouponnière dépositaire pour les envoyer à la campagne, on peut envisager à présent un

séjour plus long dans ce milieu organisé pour des enfants malades. Du reste partout la pouponnière devrait être une institution admise dorénavant. Le nourrisson assisté, très fragile, mis à l'allaitement artificiel, hors du milieu familial, trouve dans la pouponnière moderne et là seulement un maximum de soins compétents et de surveillance médicale qui le transformeront d'enfant délicat et malade en enfant bien portant. Quel est le temps de séjour à la pouponnière? Les trois mois donnés comme moyenne à Nancy ne sont pas suffisant à notre avis. La formule adoptée par le Comité national et par l'Entr'aide des Femmes Françaises est celle-ci « une pouponnière qui fonctionne parfaitement est un établissement où les enfants reçus le premier mois de leur existence sortent tous à 13 mois révolus ». La première année écoulée, l'enfant étant sorti de cette période où il est si difficile et si délicat de diriger l'allaitement artificiel, il semblera alors rationnel que l'élevage en commun fasse place à la dissémination des enfants en nourrice ou dans des centres d'élevage.

Vu:

Nancy, le 4 Novembre 1927.

Le Président de la Thèse,

FRUHINGHOLZ.

Vu:

Nancy, le 4 Novembre 1927.

Le Doyen,

SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer:

Nancy, le 5 Novembre 1927.

*Le Recteur de l'Académie,
Président du Conseil de l'Université,*

CH. ADAM,

Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEPÉE. — Pupilles de la Nation et pupilles de l'Assistance publique. (Revue philanthr., Paris, 1919.)
- BARBIER. — Les conditions d'hospitalisation des enfants, prophylaxie de la contagion hospitalière, spécialement dans les salles de nourrissons, résultats du système de boxes à l'Hôpital Herold, les atrophiques, la coqueluche, la fièvre typhoïde. (Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 1916.)
- BALLESTRE et GILLET. — Mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France de 1892 à 1897.
- BONNEAU. — Le nouveau régime des enfants assistés en France. Bordeaux, Th. dr., 1906-1907.)
- BOPPE. — Les établissements publics hospitaliers à Nancy.
- BOUBE. — Mortalité infantile dans les quinze premiers jours. (Thèse, Paris, 1909-1910.)
- BOUILLOT. — Une statistique de mortalité infantile. (Th. Paris, 1913-1914.)
- BOSC. — Un progrès social. Un moyen simple de diminuer la mortalité infantile et les abandons de nouveau-nés. (Bull. Ac. de Méd., 1917.)
- CABINEL (Edouard). — Des enfants assistés. (Paris, Th. droit, 1902-1903.)
- CAUSSADE et REMY. — Une pouponnière départementale d'enfants assistés. (Nancy, Berger-Levrault, 1927.)
- CHATIN. — Importance de l'allaitement maternel dans les trois premiers mois. (Médecine, Paris, 1923-1924.)
- CHATIN. — De la contagion intérieure dans les hôpitaux d'enfants et des moyens d'y remédier. (Lyon Médical, 1909.)
- CHEVASSU-PERIGNY. — De la mortalité infantile. (Thèse de droit, Poitiers, 1916-1917.)
- CHEVILLET. — Les enfants assistés à travers l'histoire.

- COCHÉY-BALMEY. — Collaboration de l'accoucheur et du syphiligraphe. (Thèse, Lyon, 1922-1923.)
- COMBY. — Placement familial des tout-petits. (Arch. de méd. des enfants, Paris, 1923.)
- CRUVEILHIER. — Assistance au nourrisson et assistance gratuite aux mères. (Nourrisson, Paris, 1914.)
- DARRÉ. — Prophylaxie de la syphilis et de la tuberculose du nourrisson. (Revue de la Tuberculose, Paris, 1922.)
- DELEAU. — Mortalité infantile dans les villes industrielles du Nord. (Thèse, Paris, 1911-1912.)
- DEPLANQUE. — Assistance aux enfants du premier âge privés de ressources (avant et après la naissance). Fonctionnement du bureau de bienfaisance de Lille. (Lille, Th., 1909-1910.)
- DEFRÉ. — L'avenir du prématuré, ses rapports avec la syphilis. (Th., Paris, 1911-1912.)
- DEURAINNE. — Pouponnière ou centre d'élevage. (Bull. Méd. Paris, 1926.)
- DUCHAMP. — Insuffisance de défense de l'organisme chez le nouveau-né. (Th. Paris, 1904-1905.)
- DUCODÉ. — L'œuvre du placement familial des tout-petits. (Paris, 1922.)
- DUCAS. — Mortalité des enfants assistés de 0 à six mois. (Thèse, Nancy, 1924-1925.)
- DURAND. — L'assistance aux enfants. (Montpellier, Thèse de droit, 1907-1908.)
- DUTREY. — Les maladies générales contagieuses chez l'enfant au-dessous de six mois. (Lyon, Thèse, 1921-1922.)
- ENAUULT. — Hygiène sociale. L'Œuvre des enfants abandonnés ou délaissés de la Gironde. (Bordeaux, Th. méd. 1906-1907.)
- FAVRE. — De l'allaitement artificiel des enfants du premier âge confiés à l'assistance publique. (Rev. philanthrop. Paris, 1911.)
- FIEVEZ. — Le bibeurre aliment médicamenteux chez le nourrisson malade. (Scalpel, Liège, 1913.)
- FRUHINSHOLZ. — Les droits physiologiques du nouveau-né, leur méconnaissance sociale. (Rev. méd. de l'Est, 1924.)
- FRUHINSHOLZ. — La grande pitié des petits séparés. (Rev. méd. de l'Est, 1925.)
- GAMELON. — La rougeole aux enfants assistés. (Th. Paris, 1892.)
- GAUJOUX. — Essai critique sur la protection légale de la maternité en France. (Th. de droit, Montpellier, 1904-1905.)

- GAULLIEUR L'HARDY. — La méthode de Milne: traitement et prophylaxie de la scarlatine et de la rougeole sans isolement. (Clinique de Bruxelles, 1912.)
- GOYET. — Le domicile de secours des enfants assistés.
- GIRAUD. — La femme enceinte et la fille-mère. (Bordeaux, Thèse de médecine, 1904-1905.)
- GÖPPERT. — Protection et assistance de la première enfance. (Nancy, Th. méd. 1903-1904.)
- GUINON, RIBADEAU-DUMAS et VINCENT. — Un centre d'élevage de nourrissons en placement familial à Mandres (S.-et-O.). (Bull. Acad. Méd. Paris, 1922.)
- HERVÉ. — Les conséquences morales et économiques de la contagion intérieure dans les hôpitaux d'enfants. (Th. Paris, 1923.)
- HEISCH. — Le poupon malade à l'hôpital. (Th. Nancy, 1909-1910.)
- HEUQUEVILLE (D'). — Les accidents du sevrage prématuré. (Bull. Acad. de Méd. Paris, 1924.)
- L'élevage en commun des nourrissons; les pouponnières. (Maloine et Fils, Paris, 1922.)
- HUTINEL. — La diphtérie aux Enfants assistés. (Rev. des maladies de l'enfance, 1894.)
- LALLEMAND. — Histoire des enfants abandonnés ou délaissés. (Paris, 1885.)
- LEJARS. — Rapport sur les hôpitaux d'enfants et les établissements d'enfants assistés à Saint-Pétersbourg et Moscou (1886).
- LEREBoullet. — L'hospice des enfants assistés. Paris Médical, 1911.)
- LESAGE. — Maladies héréditaires et maladies acquises chez le nourrisson. (Journal de Méd. de Paris, 1921.)
- LIAUTEY. — Mortalité infantile et allaitement artificiel. Thèse, Nancy, 1903-1904.)
- LORION. — Mortalité infantile et allaitement des enfants. (Thèse, Paris, 1911-1912.)
- LULING. — Mortalité des nourrissons et modalité de l'alimentation. (Thèse, Paris, 1900-1901.)
- MARFAN. — Quelques remarques sur la protection des enfants du premier âge. La maison des nourrices et des nourrissons. Les asiles pour les enfants privés du sein. (Nourrisson, Paris, 1920.)
- Diarrhée des nourrissons. Broncho-pneumonie chronique et syphilitis héréditaire. (Rev. clinique et de thérap. Paris, 1916.)
- Le rôle des pouponnières dans la protection de l'enfance. (Bull. Acad. de Méd. Paris, 1924.)

- MAROIS. — Consultation des nourrissons. Protection du premier âge. Enfants assistés. (Obstétrique, Paris, 1907.)
- MAUNOIR. — De la contagion à l'hôpital des enfants. (Th. Paris, 1876.)
- MAZOYER. — L'enfant protégé lozérien. Etude sur la protection des enfants du premier âge. (Arch. méd. des Cévennes, Nîmes, 1902.)
- MÉGRET. — Organisation de l'élevage des enfants débiles à l'hospice des enfants assistés. (Thèse, Paris, 1926.)
- MÉNAGER. — Mortalité et morbidité du premier âge. (Thèse, Paris, 1882-1883.)
- MÉRY. — Les centres d'élevage. (Rev. philanthr. Paris, 1920.)
- MULLER. — Mortalité dans l'hospitalisation infantile. (Thèse, Lyon, 1903-1904.)
- MOCQUO. — La crèche des enfants assistés de Montevideo. (Nourrisson, Paris, 1926.)
- MOUSSOUS et LEURET. — Les accidents du sevrage. (Rev. Méd. de Normandie, Rouen, 1913.)
- NOBÉCOURT et SCHREIBERT. — Hygiène sociale de l'enfance. (Paris, 1926.)
- OVON. — Recherches sur les causes de la gravité de la rougeole aux enfants assistés. (Thèse, Paris, 1873.)
- PERALDI. — Du rôle des pouponnières dans la lutte contre la mortalité infantile. (Thèse, Paris, 1908-1909.)
- RAMU. — La pouponnière de la clinique médicale infantile de l'hôpital de Nancy. (Thèse, Nancy, 1913-1914.)
- RENAULD. — Alimentation de l'enfant après le sevrage et de l'adolescent. (Bull. Soc. scient. d'hyg. alim. Paris, 1922.)
- REMY. — Deux ans de fonctionnement de la pouponnière et du refuge de la Maison Marin. (Rev. méd. de l'Est, 1922.)
- RIBADEAU-DUMAS. — L'organisation de la lutte contre la mortalité infantile: l'expérience de Lyon. (Journ. de méd. de Paris, 1925.)
- RICHARD (Marcelle). — Contribution à l'étude du service des enfants assistés à Alger. (Thèse, Alger, 1920.)
- RITSEMA D'ESK. — La lutte contre la mortalité infantile dans ses rapports avec le personnel enseignant. (Paris, 1919.)
- RHEIN. — Les enfants abandonnés. (Parsi, (Thèse de droit, 1902-1903.)
- ROHMER. — Alimentation et troubles alimentaires des nourrissons. Maladies des nourrissons nouveau-nés et prématurés. (Méd. inf. Paris, 1923.)
- ROYER. — De la protection des enfants assistés et moralement abandonnés. (Saen, Ecr. ac. 1902-1903.)

- SAINT-PHILIPPE. — De la situation faite aux enfants du premier âge dans les hôpitaux et les hospices et de la nécessité d'y remédier. (Journal de méd. de Bordeaux, 1910.)
- SALLES. — La mortalité des enfants assistés du premier âge et les maisons maternelles. (Rev. philanthr. Paris, 1921.)
- SCHWARTZ. — Contribution à l'étude statistique des maladies de la première enfance. (Thèse, Paris, 1920-1921.)
- SOMMIER. — Contribution à l'étude de l'assistance aux nourrissons. (Alger, Thèse méd. 1920.)
- STEVENIN. — La contagion dans les pouponnières. (Bull. méd. Paris, 1926.)
- TAILLASSON. — De quelques modes d'assistance et de protection du nourrisson. (Thèse, Lyon, 1903-1904.)
- THIERRY-DETAILLE. — De la mortalité infantile dans les quatre premières semaines. (Thèse, Paris, 1913-1914.)
- TISSIER. — La viabilité des nouveau-nés. (Journal de méd. de Paris, 1912.)
- VALLÉE. — Etat actuel des pouponnières et asiles de débiles de Medan. (Paris, thèse, 1919-1920.)
- VARIOT. — Nécessité de l'emploi de la toise dans le premier âge; insuffisance de la balance pour le contrôle de la croissance des nourrissons. (Rev. générale de clin. et de thérap. Paris, 1923.)
- L'abandon des enfants de J.-J. Rousseau et le fonctionnement de l'hospice des enfants trouvés de cette époque. (Rev. générale de clin. et de thérap. Paris, 1925.)
- VINCENT. — L'industrie nourricière. Essai d'étude de l'assistance sur les nourrices mercenaires.
- WALLICH. — La pouponnière moderne. (Médecine, Paris, 1921.)
- Laissons la pouponnière aux enfants sains si nous voulons qu'elle soit utile et viable. (Clinique, Paris, 1922.)
- WORINGER. — Physiologie normale et path. du nourrisson et de l'enfant en 1921. (Journal de méd. de Paris, 1922.)
- WEILL. — La tuberculose pulmonaire du nourrisson; la contagion des crèches. (Paris, thèse, 1920-1921.)
- VEIL-PICARD. — La protection des nourrissons et la mortalité infantile. Crèches et pouponnières. (Rev. phil. Paris, 1921.)
-

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	7
Introduction	9
CHAPITRE I. — I. Ce que comprend le Service des Nourrissons assistés en Meurthe-et-Moselle.....	13
II. La Pouponnière départementale de Nancy.....	14
III. Mouvement des enfants dans le Service.....	20
CHAPITRE II. — Conditions ordinaires de l'abandon en Meurthe- et-Moselle. Leurs conséquences.....	21
CHAPITRE III. — Le poupon assisté est souvent un poupon malade à l'entrée	29
1° Constitution physique	29
2° Maladies et tares observées à l'entrée.....	32
CHAPITRE IV. — Comment les pupilles se comportent à la poupon- nière	35
1° Développement physique	35
2° Morbidité	44
CHAPITRE V. — Mortalité.....	47
CHAPITRE VI. — Court aperçu sur les améliorations à apporter à l'assistance aux abandonnés d'après les faits et obser- vations ci-dessus	55
Conclusion	59
Bibliographie	61

